



**\*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN**

DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE Sujetos OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES

DEL FALLECIDO

DE LA DEFENSIÓN

MUERTES ACCIDENTALES

DEL  
ANTE

DEL REG.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Lazaro		Godinez		Florence							
2. FECHA DE NACIMIENTO	17	12	1949	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	San Luis Potosi			
5. CURP	GOFL491217HSPDLZ00				Se ignora <input type="radio"/> 99	6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD	Mexicana <input type="radio"/> 1			
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora	Para menores de un día	Para menores de un mes	Para menores de un año	Para personas de un año o más	Días	Meses	Si <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9		
Para menores de 28 días anote:	8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:	8.2 Semanas de gestación:	8.3 Peso (gramos):	9. ESTADO CONYUGAL	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Viudo(a) <input type="radio"/> 2	Casado(a) <input type="radio"/> 5					
10. RESIDENCIA HABITUAL	Calle Fernando Montes de Oca				En unión libre <input type="radio"/> 4	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	Soltero(a) <input type="radio"/> 1	10.1 Tipo de vialidad	10.2 Nombre de la vialidad			
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	10.6 Nombre del asentamiento humano	10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o Alcaldía	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	10.11 Localidad	10.12 Municipio o Alcaldía	10.13 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> 1	Preescolar <input type="radio"/> 12	Primaria <input type="radio"/> 3	Secundaria <input type="radio"/> 5	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL	12.1 Trabajaba	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99		
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7	Profesional <input type="radio"/> 8	Posgrado <input type="radio"/> 10	Se ignora <input type="radio"/> 99	Completa <input type="radio"/> 1	Incompleta <input type="radio"/> 2	13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	13.1 Número de seguridad social o afiliación	13.2 Ocupación				
13.3 Número de afiliación	13.4 Nombre de la afiliación	13.5 Número de afiliación	13.6 Nombre de la afiliación	13.7 Número de afiliación	13.8 Nombre de la afiliación	13.9 Número de afiliación	13.10 Nombre de la afiliación	13.11 Número de afiliación	13.12 Nombre de la afiliación	13.13 Número de afiliación		
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 2	PEMEX <input type="radio"/> 5	SEMAR <input type="radio"/> 7	14.1 Nombre de la unidad médica	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Vía pública <input type="radio"/> 10	Otro lugar <input type="radio"/> 12	Hogar <input type="radio"/> 11	Se ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	15.1 Tipo de vialidad	15.2 Nombre de la vialidad	15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.5 Tipo de asentamiento humano	15.6 Nombre del asentamiento humano	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o Alcaldía	15.10 Entidad federativa		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	Día <input type="radio"/> 1	Mes <input type="radio"/> 2	Año <input type="radio"/> 3	Horas <input type="radio"/> 4	Minutos <input type="radio"/> 5	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardiaco, astenia, etc.)	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE											
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte											
a) Caso Sospechoso COVID-19	7 días											
b) Debido a (o como consecuencia de)												
c) Debido a (o como consecuencia de)												
d) Debido a (o como consecuencia de)												
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbososo que la produjo	Zarros Sanas											
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?		21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)							
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		
43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4	No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vialidad	22.7.2 Nombre de la vialidad						
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano	22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o Alcaldía	22.7.10 Entidad federativa					
23. NOMBRE	Tomas		Godinez		Bachata		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)					
Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido		Hijo							
25. CERTIFICADA POR	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO											
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro médico* <input type="radio"/> 3	9810130									
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4	Autoridad civil* <input type="radio"/> 5	Otro* <input type="radio"/> 8	Número de la cédula profesional									
*Especifique						28. FIRMA						
27. NOMBRE	28. FIRMA											
Nombre(s)	Primer Apellido		Segundo Apellido									
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	29.1 Tipo de vialidad											
Santa María 11	29.2 Nombre de la vialidad											
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal											
Axtla de Tenacatita	29.8 Localidad											
Santa María 11	29.9 Municipio o Alcaldía											
29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono											
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	Día <input type="radio"/> 1											
Núm. _____, Libro Núm. _____	Mes <input type="radio"/> 2											
31.1 Acta Núm. _____	Año <input type="radio"/> 3											
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO											
Núm. _____, Libro Núm. _____	32.1 Localidad _____											
31.1 Acta Núm. _____	32.2 Municipio o Alcaldía											
31.1 Acta Núm. _____	32.3 Entidad federativa											
31.1 Acta Núm. _____	32.4 Día <input type="radio"/> 1											
31.1 Acta Núm. _____	Mes <input type="radio"/> 2											
31.1 Acta Núm. _____	Año <input type="radio"/> 3											